Revisado 10/1/06

IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Declaración de Ciudadanía de los Estados Unidos

Nombre del Solicitante de Medicaid:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Estado **Condado**

¿Por qué no hay documentación disponible de la ciudadanía estadounidense para la persona solicitando Medicaid?

Confirmo la ciudadanía de la persona nombrada arriba.

Declaro bajo pena de perjurio que lo antes mencionado es verdadero y correcto.

Firma del solicitante, guardián o representante autorizado que solicita Medicaid

Llevado a cabo el (fecha)

Declaro bajo pena de perjurio que lo antes mencionado es verdadero y correcto.

Firma del Testigo #1 **Parentesco con el solicitante de Medicaid**

Llevado a cabo el (fecha)

Declaro bajo pena de perjurio que lo antes mencionado es verdadero y correcto.

Firma del Testigo #2 **Parentesco con el solicitante de Medicaid**

Llevado a cabo el (fecha)

Por favor adjunte copias de los comprobantes de la ciudadanía estadounidense y de identidad de los Testigos #1 y #2 a este documento.